

## Patientenauskunft zum aktuellen Gesundheitszustand

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie heute zum ersten Mal zu uns in die Praxis kommen, geben Sie uns bitte die im Folgenden gewünschten Auskünfte, damit wir uns einen Überblick über Ihren aktuellen Gesundheitszustand verschaffen können. So wissen wir gleich, worauf wir bei Ihrer individuellen zahnmedizinischen Behandlung achten sollten. Bitte geben Sie auch Ihre persönlichen (Kontakt-)Daten an.

Sind Sie hingegen schon als Patient bei uns in Behandlung, bitten wir Sie heute erneut um die untenstehenden Auskünfte, um Sie auch weiterhin medizinisch individuell betreuen zu können. Bitte geben Sie Ihre persönlichen (Kontakt-)Daten auch an, wenn sich daran nichts geändert hat.

**Patient:** Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum/-ort .....

**Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter** (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):

Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum/-ort .....

Straße ..... Tel. .... mobil .....

PLZ ..... Ort ..... E-Mail .....

gesetzlich versichert     freiwillig versichert     privat versichert     Zusatzversicherungen    Basistarif  ja  nein

**Diesen Kasten bitte nur ausfüllen, wenn Sie schon vor dem heutigen Termin in unserer Praxis in Behandlung waren:**

Es hat sich an meinem Gesundheitszustand nichts geändert.  
 Folgendes hat sich an meinem Gesundheitszustand in letzter Zeit geändert: .....

Meine Ernährung ist     „normal“     gesund und ausgewogen     unausgewogen  
 Nichtraucher     Raucher     pro Tag 1–10 Zigaretten     über 10 Zigaretten  
 Alkohol trinke ich     regelmäßig     selten     nie

Ich nehme keine Medikamente  
 Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente/Präparate ein: .....  
 (Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel an)

Ich bin zurzeit in ärztlicher Behandlung wegen: .....

**Ich leide an folgenden Krankheiten:**

<input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Allergien gegen: .....	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (z. B. „grüner Star“)	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankungen	<input type="checkbox"/> Gemütsleiden, Depressionen
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nervenleiden (z. B. Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Kreislauf- und Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems	
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen .....	
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis B/C, HIV) Welche: .....	
	Sonstiges: .....	

Nur für Frauen:     Ich bin schwanger     Ungewiss, ob Schwangerschaft besteht

Ich bin mit meinen Zähnen     sehr zufrieden     zufrieden     unzufrieden     völlig unzufrieden  
 Ich habe Zahnfleischbluten     ja     nein     manchmal  
 Ich leide unter Mundgeruch     ja     nein     manchmal  
 Ich beobachte Zahnlockerungen     ja     nein  
 Ich knirsche mit den Zähnen     ja     nein     manchmal

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten elektronisch speichern und dabei die Bestimmungen des Datenschutzes einhalten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben, die Sie auf diesem Fragebogen gemacht haben, auch der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum ..... Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter .....

Lieber Patient, unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies erspart Ihnen unnötige lange Wartezeiten. Sollten Sie Termine nicht einhalten können, sagen Sie diese bitte 24 Stunden vorher ab. Zusätzlich haben wir in unserer Praxis ein Erinnerungssystem für Ihre Kontrolltermine eingerichtet. Deshalb kreuzen Sie bitte an, ob Sie es in Anspruch nehmen und von uns regelmäßig an Ihre Kontrolltermine erinnert werden möchten:

ja     nein    Fragen: .....

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Erlaubnis, Sie an Termine zu erinnern.

Datum ..... Unterschrift .....

**Mehr Sicherheit durch regelmäßige Anamnese!**

**Bisherige Anamnesen erbracht in (wird vom Praxisteam eingetragen):**

20 ..... 20 ..... 20 ..... 20 ..... 20 ..... 20 .....

## Aufklärungsbogen Risiken bei der zahnärztlichen Lokalanästhesie

Name, Geburtsdatum des Patienten: \_\_\_\_\_

Die Zahnärztliche Lokalanästhesie (Infiltration- und Leitungsanästhesie= örtliche Betäubung) dient der Schmerzausschaltung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können Behandlungen (z. B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, chirurgische Eingriffe) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren darstellt, können Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten:

- **Nervschädigung:** Es kann zu vorübergehenden oder dauerhaften Funktionsstörungen, Sensibilitätsstörungen oder Ausfall der Empfindung kommen, (betrifft die entsprechende Zungenhälfte, den Unterkiefer, Lippen- und Kinnregion) ggf. kann es auch zu Sprachstörungen kommen. (sehr selten).
- **Hämatom (Bluterguss)**
- **Herz-Kreislaufversagen**
- **Selbstverletzung:** Verzichten Sie solange die Betäubung anhält auf Nahrungsaufnahme, kalte und heiße Getränke.
- **Verkehrstüchtigkeit am Tag des Eingriffs:** Es kann zu Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit im Straßenverkehr kommen.

### Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- Die Aufklärung habe ich verstanden.
- Ich möchte **immer** mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte **keine** örtliche Betäubung.
- Ich möchte dies jeweils **individuell** entscheiden.

---

Datum, Unterschrift Patient

---

Unterschrift Arzt

Kopie der Aufklärung gewünscht

Kopie der Aufklärung nicht gewünscht